

آشنایی با زایمان واژینال بعد از زایمان سزارین

فریده مصطفی‌زاده *

چکیده :

زمینه و هدف: زایمان واژینال بعد از زایمان سزارین یکی از مباحث علم مامایی است که از حدود 20 سال قبل توسط کالج متخصصان زنان و مامایی آمریکا مطرح و راهکارهای پیشنهادی در مورد فواید و شرایط، عوارض و مراقبت‌های لازم در این مورد ارائه شده است. مقاله مروری فوق با هدف بررسی اندیکاسیون‌های زایمان واژینال بعد از زایمان سزارین عوارض مادری و جنینی و همچنین پیشنهادها و راهکارهایی برای استفاده مناسب از این نوع زایمان تدوین شده است. این مطالعه مروری با استفاده از جستجوی کلمه کلیدی vaginal delivery after cesarean section در سایت‌های معتبر علمی دنیا انجام شده است. با توجه به مطالعات متعدد، شواهد علمی مبنی بر موثر بودن و مفید بودن این نوع زایمان وجود دارد، لذا پیشنهاد می‌شود از این نوع زایمان با در نظر گرفتن شرایط و اندیکاسیون‌های آن استفاده شود.

واژه‌های کلیدی: زایمان واژینال بعد از زایمان سزارین، زایمان سزارین

زمینه و هدف

بعد از عمل جراحی و مرگ و میر مادران و نوزادان پس از عمل جراحی سزارین را به‌مراه دارد که همه این عوارض جسمی و روحی برای مادر موجب 2-3 برابر شدن هزینه زایمان برای مادر و خانواده می‌شوند. همچنین ناتوانی‌های مادر پس از انجام سزارین موجب عدم توجه و رسیدگی کامل مادر و شیردهی صحیح نوزاد پس از تولد می‌گردد.¹⁻³ علی‌رغم کلیه عوارض بیان شده شیوع این عمل جراحی (شایع‌ترین عمل جراحی در بین زنان دنیا) در اکثر کشورهای غربی و در حال توسعه رو به افزایش است، به‌طوری‌که میزان شیوع آن در آمریکا 26٪، انگلیسی 21٪، ایرلند جنوبی 23٪، استرالیا 23٪، برزیل و شیلی و پاراگوئه 50٪ در سال 2006⁴ و در ایران طبق آمار سال 1385 میزان سزارین 42/3٪ اعلام شده است.^{2,3}

از جمله علل افزایش سزارین در کل دنیا می‌توان به افزایش سن مادران باردار، افزایش مراقبت‌های الکترونیکی از جنین، افزایش مداخلات در لیبر و ترس پزشکان و پرسنل درمانی از اجرای مراحل قانونی زایمان (طرح شکایات) اشاره نمود.²⁻⁴ سزارین تکراری (repeat cesarean) یکی از علل شایع

زایمان یکی از موهبت‌های الهی برای تولید نسل بشر بر روی زمین می‌باشد که از بدو آفرینش آدم تاکنون همواره ادامه داشته است. مکانیسم انجام زایمان یک فرآیند خودبه‌خودی و بدون نیاز به مداخله می‌باشد که سال‌های سال با سیر طبیعی خود انجام شده است. با پیشرفت علم و تکنولوژی طی دهه‌های اخیر بشر به راه‌هایی دست یافته که به وسیله جراحی در مواردی که جان مادر یا جنین در خطر باشد به کمک آنها بشتابد، کشف آنتی‌بیوتیک‌ها و استفاده از دستگاه‌ها و تجهیزات پیشرفته نیز در این زمینه به یاری شتافته است. متأسفانه پس از چندی این روش که فقط برای استفاده در موارد اورژانسی و برای نجات جان مادر و جنین ابداع شده بود در بین جوامع شیوع بیشتری پیدا کرده و به وسیله‌ای برای فرار از درد زایمان مبدل شده، به‌طوری‌که امروزه در بسیاری از جوامع انجام زایمان با روش سزارین به یک فرهنگ مبدل گذشته و پیش از نیمی از زنان داوطلبانه به انجام سزارین روی می‌آورند. این در حالی است که انجام این عمل جراحی خود عواقب بسیار زیادی از جمله عوارض بیهوشی، خونریزی، آمبولی، عفونت‌های

شرایط، فواید، عوارض و نحوه مراقبت‌های بالینی (مامایی) از زنان کاندید این نوع زایمان می‌باشد.

روش بررسی

مطالعه فوق از نوع مروری (review of study) می‌باشد که با استفاده از منابع علمی و معتبر جدید که در سایت‌های مختلف اینترنت موجود هستند انجام شده است. بدین صورت که در سایت‌های مختلف نظیر cochrane pubMed, ovid, spring, Md, CONSULT, PREQUEST, SCOPUS, Medlin, Database vaginal delivery after cesarean section قید و سپس در مطالعات فوق اندیکاسیون‌ها و عوارض و راهکارها مورد بررسی و جمع‌آوری قرار گرفته و در مقاله فوق آورده شده است.

فواید زایمان واژینال بعد از زایمان سزارین

دلایل متعددی برای تمایل زنان جهت انجام سزارین واژینال بعد از زایمان سزارین وجود دارد که از جمله آنها می‌توان به کم بودن عفونت‌های بعد از زایمان، کاهش خونریزی بعد از زایمان، کاهش صدمات به مثانه و روده و کاهش مرگ و میر و ناتوانی مادر و نوزاد بعد از زایمان واژینال اشاره نمود.¹⁴ و^{11, 12-8} فواید زایمان واژینال بعد از زایمان سزارین در جدول 1 آورده شده است.

جدول - 1: فواید زایمان واژینال بعد از زایمان سزارین

فواید VBAC
کوتاه‌تر بودن اقامت مادر در بیمارستان (11-8)
کاهش احتمال عفونت‌ها (11-13-14)
کاهش مرگ و میر مادر (8-12-13)
کاهش از دست رفتن خون هنگام زایمان یا بعد از زایمان (13-14-8)
کاهش احتمال نیاز به انتقال خون یا فرآورده‌های خونی (11-14-13)
کاهش حوادث ناشی از ترومبوآمبولی (8-12-13)
کاهش مرگ و میر پری‌ناتال به کمتر از 1٪ (12-13-8)
کاهش مداخلات در اتاق درد و زایمان (از جمله کاهش استفاده از اکسی توسین) (12-14-13)

جدول - 2: عوارض زایمان واژینال بعد از زایمان سزارین

عوارض
- پارگی رحم (شایع‌ترین عارضه) (17-18-19-16)
- افزایش احتمال هیستریکتومی به دنبال پارگی رحم (19-18-17-13)
- افزایش صدمات و حوادث ناشی از زایمان VBAC (2-14-16)
- افزایش صدمات و حوادث جنین ناشی از زایمان VBAC (2-14-16)

جراحی سزارین در بین جوامع دنیا به‌شمار می‌رود به‌طوری‌که نزدیک به 28٪ از کل تولدها در آمریکا و 40٪ از تولدها در انگلیس از این نوع می‌باشد. در استرالیا شمالی 56/6٪ از علل سزارین زنان مربوط به این موضوع (C.R) می‌باشد. در آمریکا 89/4٪ از زنان با سابقه سزارین قبلی مجدداً و بدون بررسی پزشکی تحت سزارین تکراری قرار می‌گیرند و اجازه زایمان طبیعی به آنها داده نمی‌شود.⁵ سازمان بهداشت جهانی در راستای حفظ سلامت مادر و جنین میزان پذیرفته شده زایمان سزارین تا سال 2010 میلادی برای مادرانی که اولین بار باردار می‌شوند را 15-18٪ اعلام و خواستار کاهش میزان سزارین تکراری از 72٪ به 62٪ در بین جوامع دنیا شده است.⁶ از حدود 20 سال قبل کالج متخصصان زنان و مامایی آمریکا (ACOG) شروع به ارائه راهکارهایی جهت کاهش سزارین و رسیدن به حد استاندارد سازمان بهداشت جهانی تا سال 2010 نموده‌اند که از جمله این راهکارها و پیشنهادات می‌توان به انجام زایمان واژینال بعد از زایمان سزارین (vaginal birth after cesarean section) اشاره نمود.^{7,8}

به دنبال شروع اجرای این راهکارها در فاصله سال‌های 1989 تا 1996 میزان سزارین در آمریکا در حال کاهش و میزان VBAC در حال افزایش است.⁸ مطالعه‌ای در آمریکا ما بین سال‌های 1997 تا سال 2002 نشان داد که از بین 54146 زایمان انجام شد حدود 8030 مورد (14/8٪) زایمان واژینال بعد از زایمان سزارین بود و نتایج این مطالعه نشان داد که عوارض مادری و جنین در این گروه زنان (گروه VBAC) از نظر آماری با گروه سزارین شده (سزارین تکراری) معنی‌دار نبوده است.⁹ نتایج مطالعه‌ای به‌صورت کوهورت گذشته‌نگر در سال 2006 بر روی 61619 مورد از 17 بیمارستان آمریکا نشان داد که در صورت رعایت شرایط لازم برای انجام زایمان واژینال بعد از زایمان سزارین عوارض مادری در گروه VBAC نسبت به گروه سزارین انتخابی به‌صورت معنی‌داری پایین‌تر بوده و محققان این مطالعه پیشنهاد نموده‌اند که برای انجام زایمان واژینال بعد از زایمان سزارین بهتر است زنان از دوران بارداری انتخاب شده و آموزش‌های لازم را ببینند و در صورت داشتن شرایط لازم این نوع زایمان انجام شود.¹⁰ زایمان واژینال بعد از زایمان سزارین را می‌توان یکی از بزرگ‌ترین تغییرات در مراقبت‌های زنان و مامایی در قرن حاضر به‌شمار آورد. برای انجام این نوع زایمان باید شرایط و مقرراتی را چه از نظر بالینی (علمی) و چه از نظر قانونی مدنظر گرفته و بعد اقدام به انجام زایمان نمود تا عوارض مادر و جنین را تهدید نکند. هدف از این مقاله مروری بر

عوارض VBAC

به‌صورت معنی‌داری در گروه VBAC نسبت به گروه سزارین شده کمتر بود. میزان پارگی رحم در گروه VBAC در مطالعه فوق 0/4٪ بود که این رقم در مقایسه با پارگی رحم در گروه سزارین (انتخابی) (0/6٪) و از نظر آماری معنی‌داری بود.¹⁰ در مطالعات تابع متخصصان زنان و مامایی آمریکا نشان داده شد که در صورت وجود اسکار عرضی تحتانی بر روی رحم (lower segment) احتمال پارگی به حدود (0/2٪) می‌رسد.¹⁵ در یک مطالعه توسط Ragoth در سال 1999 در بین 33698 زن با سابقه سزارین قبلی، 17897 زن (53/1٪) آماده برای انجام

شایع‌ترین عارضه VBAC که شاید یکی از علل ترس و نگرانی متخصصان زنان و مامایی برای انجام این نوع زایمان هم باشد، پارگی رحم به دنبال زایمان واژینال می‌باشد. در مطالعه‌ای توسط cahill و همکاران در سال 2006 در هر گروه VBAC و زایمان سزارین نشان داده شد که پارگی رحم و پارگی مثانه و روده و همچنین صدمات به شریان‌های رحمی در گروه VBAC به‌صورت معنی‌داری کمتر از گروه سزارین شده بود. همچنین عفونت بعد از زایمان (تب) و نیاز به خون و فرآورده‌های خونی

جدول - 3: توصیه‌های لازم برای انجام زایمان واژینال بعد از زایمان سزارین

(شرایط) توصیه‌های لازم برای انجام زایمان VBAC

- شرایط مامایی برای انجام سزارین قطعی وجود نداشته باشد (پرزانتاسیون بریج، شانه، دوقلوبی، پست‌ترمی و ...) (24-23-22)
- علامی از عدم تطابق لگن با سر جنین (CPD) وجود نداشته باشد. (18-17-20-22)
- لیبر خودبخود شروع شود (دیلاتاسیون سرویکس 3-4 سانتی‌متر) (22-20-19)
- از تحریک یا شروع دردهای زایمانی و نرم کردن دهانه رحم توسط داروهایی نظیر پروستاگلندین‌ها و اکسی‌توسین (جهت کاهش احتمال پارگی رحم) استفاده نشود (8-21-20).
- از اسباب نظیر واکيوم یا فورسپس جهت زایمان استفاده نشود. (17-15-20)
- وزن جنین کمتر از 4000 گرم باشد (عدم ماکروزومی که باید این امر حتماً اثبات شود). (22-20-24)
- سن حاملگی ترم باشد (از روش‌های تشخیصی دقیق جهت تعیین LMP استفاده شود). (15-17-8)
- فاصله بین بارداری فعلی با زایمان سزارین قبلی حداقل 19-24 ماه باشد (کم بودن فاصله در بارداری احتمال پارگی رحم را 2-4 برابر می‌کند) (22-23-24-17)
- برش زایمان سزارین قبلی به‌صورت low transverse (منطقه سگمان تحتانی) باشد. (24-23-20-22)
- تعداد سزارین‌های قبلی 1-2 بار بیشتر نباشد. (8-15-18-17)
- اسکار یا پارگی دیگری روی رحم وجود نداشته باشد. (24-23-22)
- مادر در دوران بارداری آماده شده باشد و آموزش‌های لازم در موارد این نوع زایمان را گرفته باشد. (24-23-22-17-15)
- مشکلات جفتی نظیر دکولمان یا جفت سرراهی وجود نداشته باشد. (24-23)
- شرایطی که باعث افزایش احتمال پارگی رحم می‌شود نظیر چندقلوبی، ماکروزومی، پلی‌هیدروآمینوس، وجود نداشته باشد. (24-23-22)
- بیماری‌های طبی و داخلی در مادر وجود نداشته باشد (دیابت، چاقی، فشارخون و ...) (8-17-15-22)
- سابقه یک‌بار زایمان واژینال قبلی داشته باشد. (24-23-25)
- مشکلات عضلانی در کف گن و پرینه نداشته باشد (بی‌اختیاری‌های ادراری و ...) (8-17-15)

جدول شماره 4: راهکارهای مراقبتی از زنان دارای شرایط VBAC

مراقبت‌ها

- زایمان در یک بیمارستان مجهز انجام پذیرد. (19-21)
- تیم عملیاتی مجهز و کارآمد و فعال شامل متخصص زنان، پزشک اطفال، پزشک متخصص بیهوشی، ماما کادر اتاق عمل و ... به‌صورت مرتب حضور داشته باشند. (17-21)
- انقباضات رحمی و ضربانات قلب جنین بصورت مرتب توسط الکترودهای نصب شده ثبت و در صورت نیاز به اقدام اورژانسی، این کار بدون اتلاف وقت انجام شود (هر 5-10 یک‌بار مانیتور چک شود). (8-10-17)
- از بی‌دردی‌ها و بی‌حسی‌های موضعی جهت کاهش استرس مادر استفاده شود (بتدین و اپیدورال) (21-15-18-25)
- دردهای زایمانی تشدید و تحریک نشود (عدم اینداکشن) (17-21)
- علائم و نشانه‌های پارگی رحم به‌صورت مرتب کنترل شود (مانیتورینگ قلب جنین، کنترل مراقبت انقباضات رحمی و ...) و در صورت احتمال پارگی رحم بلافاصله لاپاراتومی انجام شود. (15-8-17-21)
- درخواست ذخیره خون حداقل به مدت 24 ساعت انجام پذیرد. (15-17-21)

- علایم حیاتی و وضعیت همودینامیکی فرد به صورت مرتب کنترل و ثبت شود. (15-17-21)

- حمایت روحی و روانی از زن در اتاق درد و زایمان (به ویژه توسط همسر) انجام پذیرد. (19)

دقیق اجرا شود¹⁵ شرایط لازم برای این نوع زایمان (VBAC) در جدول 3 آورده شده است.¹⁵⁻²⁴

راهکارهای پیشنهادی برای مراقبت از زنان کاندید VBAC

کالج زنان و مامایی آمریکا یکسری اقدامات حمایتی و مراقبتی برای انجام زایمان واژنیال بعد از سزارین را تدوین و ارائه نموده که با اجرای این برنامه‌های مراقبتی می‌توان ایجاد عوارض احتمالی این نوع زایمان را به حداقل ممکن رساند. این شرایط و مراقبت‌ها در جدول 4 آورده شده است.^{21، 19، 18، 17، 15، 10 و 8، 25}

نتیجه‌گیری

زایمان واژنیال بعد از زایمان سزارین یکی از راهکارهای مناسب و علمی برای کنترل و کاهش میزان سزارین‌های انتخابی و بی دلیل در بین زنان و در نتیجه کاهش خطرات این نوع زایمان برای مادر و جنین می‌تواند باشد. لذا برای رسیدن به این اهداف لازم است متخصصان زنان و مامایی و ماماها از شرایط، فواید و اهداف این نوع زایمان اطلاع کافی داشته باشند و در صورت نیاز با علم و آگاهی به این امر بپردازند.

زایمان واژنیال بعد از سزارین بودند و 15801 (49/9٪) سزارین تکراری را انتخاب کرده بودند. میزان پارگی اسکار رحمی و دیده شدن علایم پارگی رحم در بین گروه VBAC حدود 0/7٪ بود و این میزان با گروه CR از نظر آماری تفاوت چندانی را نشان نداد. همچنین در این مطالعه میزان ایسکمی و هیپوکسمی جنین از نظر آماری بین دو گروه معنی‌دار نبود.¹⁶ کالج متخصصان زنان و مامایی برای کاهش مهمترین عارضه VBAC یعنی پارگی رحم پیشنهاد داد که در شرایطی مانند زیاد بودن تعداد سزارین‌های قبلی اسکارهای طولی یا کلاسیک بر روی رحم و اتساع بیش از حد رحم این نوع زایمان صورت نگیرد.^{17 و 8} به عوارض ناشی از VBAC در جدول 2 اشاره شده است.^{19-16 و 14 و 13 و 2 و 17 و 18}

توصیه عای لازم (شرایط) انجام زایمان واژنیال بعد از زایمان سزارین

مطالعات متعددی نشان داده اند که 60-80٪ از زنان با سابقه سزارین قبلی می‌توانند به راحتی زایمان واژنیال انجام دهند بشرطی که شرایط ذکر شده توسط انجمن زنان و مامایی آمریکا (ACOG) توسط فرد و تیم مراقبتی به صورت کامل و

Abstract:**Vaginal birth after cesarean section: a review study****Mostafazadeh F. Msc^{*}**

Introduction & Objective: For more than 20 years, obsetricians and midwives in the United States have offered women the option of a vaginal birth after a previous cesarean section (VBAC). Here, clinical practice guidelins concerning vaginal delivery after previous cesarean section that have been released by the American College of Obstetricians and Gynecologists are offered. These guidelins cover indications, safety, risks and benefits for a trial of labor based on a review of recent data.

Key Words: *Vaginal delivery after cesarean section, cesarean section.*

^{*} *Lecture in midwifery, Ardabil university of Medical sciences, Ardabil, Iran.*

References:

1. - شریفی‌زاد غلامرضا، فتحیان زهره، تیرانی مریم، مهکی بهزاد، بررسی دیدگاه زنان باردار نسبت به زایمان طبیعی و سزارین براساس مدل رفتاری مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، دوره 15، شماره اول، بهار 1386. ص19-25.
2. عمیدی مریم، اکبرزاده گلثوم، بررسی تأثیر آموزش بهداشت بر آگاهی و نگرش زنان باردار در زمینه سزارین. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام. دوره سیزدهم، شماره 4، زمستان 1384-ص17-24.
3. سیدنوری طاهره، جمشیدی ایوانکی فرشته. بررسی ارتباط آگاهی و نگرش مادران باردار متقاضی سزارین مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر رشت با دلایل انتخاب سزارین توسط آنان. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره 15، شماره 59، 1385، ص75-84.
4. Marian F, Macforma F, Eugene peclercq. Cesarean Birth in the united states: Epidemiology, Trends and outcomes. Clinical in perinatology. 2008; 35 (2): 220-230.
5. Jodie M Dodd, caroline A crowther, Janet E hiller, Roos R Haslam, effrey s Robinson. Birth after cesarean study- planned vaginal Birth or planned elective repeat cesarean for women at term with a single previous cesarean birth: protocol for a patient preference study and randomized trial. BMC pregnancy and childbirth. 2007; 7:17:29-39.
6. mellisea D Avery, Catherine A carr, patricia Burkhardt. Vaginal Biyth After cesarean section: A pilot study of outcome in women Receving midwifery care. Joural Midwifery and women. 2004; 14(2): 113-119.
7. Amie L Hollard, Peborah A wing, Judith h chung, pamela J. ethnic disparity in the success of vaginal Birth after cesarean delivery. Journal of maternal-Fetal and Neonatal Medicine. Aug 2006; 19 (ISS8: 483-5488).
8. Mark Deutchman. Richard G Roberts. VBAC: protecting patients, Pefending Doctors. Amirican Family physician. Mar1, 2003; 67(5): 931-937.
9. Dauphinee Joan Durkker. VBAC safety for the patient and the nurse. Journal of obstetric, Gynecologyic and Neonatal. Jun/Feb2004; vol33, Iss 1: 105.
10. cahill AG. StamillioDM. Odibo Ao. Is vaginal birth after cesarean (VBAC) or elective repeat cesarean Safer in women with a prior vaginal delivery? Am J obstet GJnecology. 2006; 195: 1143-1147.
11. Hellian FG. Harer FM. SOGC clinical practice guidelines.Guidelines for vaginal birth after previous cesarean brith. number 155 (Replacement guideline Number 147). Int , gyneco obstot. 2005 Jun; 8, (3):379-310.
12. Carr CA, Burkhardt P, Avery MD. Vaginal birth after cesarean birth: A national surevey of U.S. midwifery practice. J Midwifery Womens Health 2002; 47: 347-52.
13. shimonovitz s,Botosneano A, Hochner-Celnikier D. Successful first vaginal birth after cesarean section: a predictor of reduced risk for uterine rupture in subsequent deliveries. Isr Med Assoc 2000; 2:526-8.
14. Blanchette H, Blanchette M, Mccabe J, Vincents. Is vaginal brith after cesarean safe? Experience at a community hospital. Am j Obstet Gynecol 2001; 84: 1478-84.
15. Matthew J Neff. ACOG Releases Guideline for vaginal Biyth After cesarean Pelivery. American family physician. Oct 1,2004; 70(ISS 7; 1397. 1400.
16. Rageth CR, Juzi C, Grossenbacker H. Delivery after previous cesarean: A risk evaluation. Obstet Gynecol 1999; 93:332-7.
17. Martel MJ, mackinnon CJ. Guidelinos for vaginal Biyth after previous cesarean Birth. J obste Gynecol can. 2005 Feb; 27(2): 167-88.
18. santerre Reaford. The effect of the ACOG guidelines on vaginal birth after cesarean. Medical care Rosearch and Review. Sep 1996; 53 (Iss3): 315-405.
19. McMahon MJ. Vaginal birth after cesarean clin obstet Gynecol 1998. Jun: 41(2): 369-81.
20. Smith GC. Peel JP, Cameron AD, Dobbie R. Risk of perinatal death associated with labor after previous cesarean delivery in uncomplicated term pregnancies. JAMA 2002; 287:2684-90.
21. Verna L Rose. ACOG urges a cutions approach to vaginal Birth after cesarean delivery. American family physician. Sep 15, 1999; 60 (Iss4): 1245-6.
22. Goetzl L, Shipp TD, Cohen A, Zelop CM, Repke JT, Lieberman E. Oxytocin dose and the risk of uterine rupture in trial of labor after cesarean. Obstet Gynecol 2001; 97:381-4.
23. Gregory KD, Korst L, Cane P, Platt LD, Kahn K. Vaginal birth after cesarean and uterine rupture rates in California. Obstet Gynecol 1999;94:985-9.
24. Plant MM, Schwartz ML, Lubarsky SL. Uttering rupture associated with the use of minsoprostol in the

gravid patient with a previus cesarean section. Am J Obstet Gynecol 1999;180:1535-42.

25. Flamm BL, Going JR, Lie Y, Wolder-Tsadik G. Elective cesarean delivery vs trial of labor: A prospective multi-center stuey. Obstet Gynecol 1994;83:927-32.